1900

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis
zu Bonn.

Lane Medical Libra

Über

Syphilis maligna.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im Dezember 1900

von

Christian Napol. Leinen,
approb. Arzt,
aus Berk (Eifel).

Bonn,
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.
1900.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

Referent: Professor Doutrelepont.

Meinen teuren Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152003_0223

Die Syphilis ist eine Erkrankung, die, abgesehen von Vererbung, nur durch Ansteckung übertragen werden kann.

Im Gegensatz zu der relativ seltenen extragenitalen Infektion ist der bei weitem häufigste Infektionsmodus die Ansteckung gelegentlich des geschlechtlichen Verkehres.

Zeiten und Orte, die eine Zunahme der Sittenlosigkeit, besonders der Prostitution, bedingten (Kriege, Völkerbewegungen, Grossstädte) sind dementsprechend der Propagation der Syphilis stets förderlich gewesen.

Ist doch selbst in ruhigen Zeiten und untergeordneten Verhältnissen, trotz sittenpolizeilicher Überwachung, in der Prostitution die Hauptursache für die Weiterverbreitung dieser Krankheit zu suchen.

Als Syphilis bezeichnen wir heute eine infolge der Einwirkung eines spezifischen Kontagiums unbekannter Art entstandene Erkrankung, durch die zahlreiche Veränderungen in den verschiedenen Geweben des menschlichen Körpers in einer mehr oder weniger regelmässigen Reihenfolge erzeugt werden. Ist das syphilitische Virus einmal an irgend einer Stelle in den menschlichen Organismus aufgenommen, so folgt ausnahmslos eine Durchseuchung des Gesamtorganismus, die selbst eine frühzeitige und radikale Excision des Primäraffektes nicht hintan zu halten vermag. Die Syphilis ist eine konstitutionelle Erkrankung, und

es giebt kein Organ und kein Gewebe, das nicht gelegentlich der Sitz syphilitischer Erscheinungen sein könnte.

Lange hat es gedauert, bis diese letzte Auffassung unter den Autoren Anklang und Überzeugung fand. Bis zu jener Zeit, in der die konstitutionelle Lues grössere Aufmerksamkeit auf sich zog, d. h. bis zum Ende des 15. Jahrhunderts, waren die Ansichten zumal über den Ursprung derselben sehr auseinandergehend. Erst als die Seuche in grässlicher Verheerung von Neapel aus in alle civilisirten Länder sich weiter verbreitete und die schrecklichste Verwüstung und Bestürzung hervorrief, wandte sich die Aufmerksamkeit sowohl der Ärzte als auch der Laien auf diese Krankheit. Da man wusste, dass die Syphilis in den meisten Fällen gelegentlich des Geschlechtsaktes übertragen wurde, so war man natürlich schnell bereit, alle möglichen Geschlechtsleiden als Quelle und Manifestation der neuen Krankheit anzusehen.

Blenorrhoe und jegliche Art von Geschwürsbildung an den Genitalien wurde für syphilitisch gehalten.

Diese Ansicht — die Identitätstheorie — blieb volle zwei Jahrhunderte die herrschende, bis Balfour, ein Edinburger Chirurg, im Jahre 1767 nachzuweisen versuchte, dass es zwei verschiedene venerische Gifte gäbe, von denen das eine Tripper, das andere Syphilis hervorriefe, eine Behauptung, die noch von mehreren Autoren geteilt wurde.

Hunter war der erste, der durch das Experiment die Identität oder Nichtidentität der venerischen Gifte nachweisen wollte. Leider ereignete sich bei dieser Impfung ein folgenschwerer Irrtum, indem er nämlich von einem vermeintlichen Tripper Sekret auf die Glans überimpfte. Es entwickelten sich Geschwüre

und Drüsenschwellungen: das Bild der beginnenden Lues. Hierdurch war für Hunter die Frage entschieden.

Die Indentitätslehre erhielt sich trotz der Proteste verschiedener Autoren dank dem grossen Ansehen Hunters, bis Ricord durch seine klassischen Versuche nachwies, dass Tripper und Syphilis zwei heterogene Krankheitsprozesse darstellen. Zwar führte er noch auf dieselbe Infektion zwei Arten Schanker zurück, einen harten und einen weichen, von denen aber nur der erstere die syphilitischen Erscheinungen nach sich ziehe.

Diese falsche Annahme wurde wiederum der Ausgangspunkt einer Reihe weiterer Untersuchungen, infolgederen man schliesslich auf den Standpunkt gelangte, den man noch heute einnimmt, dass Tripper, Ulcus molle und Syphilis drei verschiedene Krankheiten, hervorgerufen durch Übertragung verschiedener Gifte, darstellen, von denen die Lues stets eine Allgemeininfektion, eine Durchseuchung des ganzen Körpers zur Folge hat.

Es hat somit über drei Jahrhunderte gedauert, bis die Forschung den Ursprung der Lues und die Beziehung zu den übrigen Genitalleiden festgestellt hat.

Inzwischen hat die Krankheit, die, als sie zu Ende des 15ten Jahrhunderts Europa zuerst epidemienartig überzog, einen überaus deletären Charakter zeigte, wesentlich bezüglich der Schwere ihres Verlaufes eingebüsst und einen in der Regel wenigstens exquisit chronischen Charakter angenommen.

Nur ausnahmsweise führt noch die Syphilis zu Erscheinungen, die in ihrer Akuität an die Beschreibungen aus damaliger Zeit anklingen. Man spricht

dann von einer Syphilis praecox, maligna oder galopans.

Es wird sich nun zunächst empfehlen, über den Begriff Syphilis maligna, der noch keineswegs dieselbe Deutung erfahren hat, einige Meinungen hier anzuführen.

Geben wir zuerst Lang das Wort.

Um von vornherein einer Begriffsverwirrung vorzubeugen, empfiehlt er, die S. praecox und maligna von der S. gravis zu differenzieren. Denn es verdienten jene Fälle, deren Schwere einzig und allein durch die Lokalisation der Syphilisprodukte in lebenswichtigen und funktionswichtigen Organen bedingt sei, zwar den Namen S. gravis, seien aber der malignen Lues nicht zuzuzählen.

„Andererseits", fährt er fort, „kommt man bei einem grösseren Beobachtungsmaterial wohl nicht selten in die Lage, Spätformen (subcutane, periostale Gummata etc.) schon neben ersten Allgemeineruptionen wahrzunehmen. Diese an und für sich nicht so ungewöhnliche Erscheinung berechtigt noch keineswegs, von einer besonderen Art der Lues zu sprechen. Wenn jedoch die gummösen Deposita in der Frühperiode der Syphilis durch ihre Zahl sowohl wie durch ihren überstürzten Verlauf sich in auffälliger Weise bemerkbar machen, dann ist es wohl am Platze, diesen Charakter der Krankheit in die Bezeichnung „Syphilis praecox, Syphilis acuta" zusammenzufassen."

„Bei der S. maligna gesellt sich zu der Akuität des Verlaufes auch noch die Tendenz zu Zerfall und Mortification der Syphilisprodukte. Indessen muss zugegeben werden, dass sich die Grenzen zwischen S. praecox und maligna auch verwischen, oder viel-

mehr, dass die S. praecox mitunter in eine maligna übergeht".

Die Malignität der Syphilis prägt sich nun nach Lang meist darin aus, dass schon nach kurzem Bestande der Initialmanifestation schwere Allgemeinstörungen (Unbehagen, Glieder-, Kopfschmerzen, Fieber), zu Tage treten, welche alsbald von einer reichen Eruption polymorpher Hauteffloreszenzen gefolgt wird. Während aber sonst die sog. Prodromalsymptome mit dem Ausbruche der Syphilide oder doch wenige Tage nachher aufzuhören pflegten, hielten diese Erscheinungen (Fieber, Schmerzen etc.) noch weiter an und brächten auf die Art den Kranken sehr herunter.

„Dazu kommt noch", behauptet er weiter, „dass die meisten Roseolaflecken sich ebenso rasch in Pusteln umwandeln wie die Papeln vehement ulcerös zerfallen; man hat dann ein pustulöses und papulocrustöses Syphilid vor sich, welches eine erschwerende Komplikation noch dadurch erfährt, dass hinzutretende Keime (meist Staphylococcen) zu phlegmonösen Höfen und streifigen Entzündungen um die Effloreszenz führen und das Fieber noch weiter unterhalten. In anderen Fällen leiten sich die Allgemeinerscheinungen sofort mit kutanen und subkutanen Knoten ein, von denen die meisten rasch zerfallen und gangränös werden."

Abgesehen von einigen besonderen Erscheinungen (Haemorrhagien, das höchst seltene Ergriffensein der Schleimhäute) entwickeln sich nach Lang gewöhnlich rasch schmelzende Infiltrate und Anschwellungen in Muskeln oder Knochen, oder schwere Komplikationen von seiten der Sinnesorgane (Iritis, Retinochorioditis) und des Nervensystems.

Dieser Ansicht Lang's, die wir ziemlich ausführlich wiedergegeben haben, weil sie auch im Grossen

und Ganzen Doutrelepont teilt, und die ferner unser Fall bestätigt, wie wir später sehen werden, pflichtet auch Boeck bei, wenn er das Krankheitsbild folgendermassen schildert:

„Die konstitutionelle Syphilis kann auf eine mehr akute Art auftreten. Bei einem fieberhaften Zustande kommt es zur Eruption eines pustulösen Syphilids, einer variolaähnlichen Form oder eines Ektyma, welches in dieser Form verharrt oder gewöhnlich in kurzer Zeit die Rupiaform annimmt, eine tiefer gehende und ulcerierende Form, die sehr geneigt ist, zu destruieren, wie auch Pusteln und Bullae sich auf Stellen entwickeln, wo sich wenig Substanz findet, z. B. auf den alae nasi, Augenlidern etc. Wenn die Krankheit einige Monate gedauert hat, kann man Exantheme sehen, die einer Periode angehören, welche bei der gewöhnlichen Form der konstitutionellen Syphilis mehrere Jahre nach der primären erscheint — ich meine die tuberkulo-serpiginösen Syphilide. Es kann sich Demolierung des Nasenknorpels (?) entwickeln, wodurch das Einfallen der Nase bewirkt wird, kurz Phänomene, die der sog. tertiären Periode angehören. Während der Entwicklung und während des Verlaufes dieser Form der Syphilis schwinden die Kräfte mehr und mehr, und der Kranke kann wochenlang zwischen Tod und Leben schweben. Man hat dieser Form mit Recht den Namen maligne Syphilis gegeben, oder sie auch sehr bezeichnend Syphilis galopante genannt.“

Nach Lesser ist die Hauptsache die, dass beim Verlauf der Syphilis maligna, die erste Periode der Allgemeinerscheinungen — die sekundären Erscheinungen — ausserordentlich schnell durchlaufen wird, und dass sehr bald, schon einige Monate nach der Infektion, sich tertiäre Formen zeigen, ja es kann die

sekundäre Periode so gut wie ganz fehlen; schon das erste allgemeine Exanthem nimmt nach wenigen Tagen einen tertiären Charakter an.

Mit dieser Darlegung, der sich auch Kopp, Ory und andere anschliessen, ist Haslund durchaus nicht einverstanden. Nach seiner Meinung ist die Syphilis maligna eine solche, die sich kurz nach der Infektion mit ulcerativen Prozessen auf der ganzen Oberfläche der Haut oder einem grossen Teile derselben zeigt, wo ferner die Ulcerationen keine Tendenz zur Heilung, sondern zur weiteren Ausdehnung, zuweilen phagedänischen Charakter zeigen. Diese Ulcerationen entständen immer durch sekundäre Produktion, aus Papeln und Pusteln. Erkrankungen der Schleimhäute kämen höchst selten vor und seien dann von ganz geringer Bedeutung; die Haut sei fast ausschliesslich der Herd der Erkrankung. Auszuschliessen seien ferner Erkrankungen der Periostes und der Iris und nie zeige sich (nach ihm) eine Veränderung der inneren Organe, des Gefäss- und Nervensystems. Die sog. nervösen Symptome schreibt er dem Fieber und dem meist schlechten Allgemeinbefinden zu.

Die S. maligna ist also nach seiner Ansicht eine rein sekundäre Form und hat mit der tertiären Lues nichts zu thun.

Ferner sei die S. m. durchaus nicht mit einer anderen schweren Form von Syphilis zu identifizieren, der sog. Syphilis galopante, die sich, wie der Name sage, durch einen sehr schnellen Verlauf der ganzen Krankheit auszeichne. Hier seien Affektion und Recidive der Haut und der Schleimhäute und tertiäre Symptome zu beobachten, ferner Affektionen des Gefäss- und Nervensystems und anderer innerer Organe.

Diese schweren Fälle endigten dann nicht selten mit dem Tode.

Der Name S. maligne, meint Haslund, sei daher ein sehr unpassender, und er findet es treffender, sie Syphilis praecox ulcerativa oder Syphilis maligna secundaria zu nennen.

Ähnlich drückt sich Neisser aus. Nach ihm ist sie charakterisiert durch die hochgradigen, von der Intoxikation herstammenden allgemeinen Erscheinungen, wie Fieber, Anaemie, Cachexie, Schlaflosigkeit, Schmerzen, wie Kopf-, Gelenk-, Muskelschmerzen, dann durch ihr frühes Auftreten, 3 bis 6 Monate nach der Infektion, ferner durch die Neigung zu Recidiven und endlich durch die zahlreichen unregelmässig grossen pustulösen Formen und Ulcerationen. Sie ist nach Neisser als eine Frühform aufzufassen. Von den makulösen und pustulösen Frühformen unterscheidet sie sich nach ihm durch die Zerfall- und Ulcerationsprozesse. Von der tertiär gummösen Form, mit der sie zwar hinsichtlich ihrer ulcerativen Prozesse Ähnlichkeit hat, durch die ungemein schnelle Entwicklung der Ulcerationsprozesse, durch das gleichzeitige Bestehen von Eruptionen, die den Frühformen angehören, neben Rupia und Ektyma der Haut, dann durch die Thatsache, dass den ulcerativen Eruptionen bisweilen typische makulose und pustulöse Ausschläge nachfolgen können, endlich durch die ganz unregelmässige Wirkung der Jodsalze.

Schliesslich sei noch die Meinung Tarnowskys hier angeführt. Nach ihm hat bei der S. maligna das Geschwür von Anfang an einen zerstörenden, sog. phagedänischen Charakter, es verläuft in Begleitung einer rasch auftretenden, schmerzhaften, abscedirenden Adenitis. Verhältnismässig kurze Zeit nach der Pri-

märinfektion entsteht auf der Hautbedeckung ein Ausschlag eitrig-syphilitischer Knötchen, aus denen sich diese Geschwüre bilden, die stets unregelmässige Narben hinterlassen.

Als Gummata könnten diese Zerfallsprodukte nicht gut angesehen werden, da die Entstehung echter Gummata mit raschem Zerfall drei, vier Wochen nach dem Primäraffekte die grösste Seltenheit böten, dann aber auch, weil nach ihnen als recidivierende Manifestationen der Krankheit, trockne und nässende Papeln, Erythemflecken, Plaques an den Schleimhäuten und andere Erscheinungen der rein sekundären Periode beobachtet würden.

Ferner lehre die weitere Beobachtung, dass nach drei, vier, fünf Jahren vom Beginne der Krankheit in einigen Fällen echte gummöse Bildungen aufträten, und die Kranken in das tertiäre Stadium gerieten. Man müsste also annehmen, dass solche Kranken zweimal das tertiäre Stadium durchlaufen: einmal sofort nach der Primärinfektion in Gestalt der ersten Eruption, nach welcher dann sekundäre Erscheinungen aufträten, und das andere Mal, wie gewöhnlich in einem späteren Stadium der Krankheit, nach den sekundären Erscheinungen. Diese Knoten, die in der sekundären Periode vorkämen und mit Gummata unzweifelhafte Ähnlichkeit hätten, unterschieden sich von letzteren wesentlich durch ihren raschen Verlauf, eitrigen Inhalt, und, was nach T a r n o w s k y die Hauptsache ist, durch ihre Ansteckungsfähigkeit, was bei zerfallenden Gummata nicht der Fall sei, wie er in russischen Dörfern vielfach habe bemerken können.

Was nun die U r s a c h e n der S. maligna angeht, so gehen die Ansichten der Autoren noch weiter auseinander. Zunächst hat man versucht, die Bös-

artigkeit durch das Aussehen und den Sitz des Schankers zu erklären. Dass ein kleiner Schanker leichtere und ein grosser Schanker schwerere Fälle verursachen sollte, gilt jetzt allgemein als unbegründet. Es ist an der Hand der Statistik nachgewiesen, dass gleich viele Fälle von leichtem wie schwerem Schanker herstammen.

Ferner wird von vielen Forschern Phagedänismus als Ursache genannt. So behauptet Tarnowsky, dass meist ein phagedänischer Schanker mit im Spiele sei.

Bacin und Dubuc haben ebenfalls unter neun Fällen vier mit diesem Anfang.

Ebenso halten Carmichael, Bäumler, Basseau und Lanceraux die Möglichkeit durchaus nicht für ausgeschlossen.

Solbach hat in seiner Dissertation unter 13 Fällen 5 mit Phagedänismus, während der von ihm selbst berichtete Fall und der von Iven, keinen Phagedänismus nachweist. Ganz richtig ist die Schlussfolgerung von Solbach, dass dann auch die Umkehr möglich sein müsste, nämlich, dass nach einer Infektion von einem an S. maligna leidendem Individuum ein phagedänischer Schanker entstehen müsste, was bis jetzt noch nicht gesehen worden sei.

Lesser fand bei seinen Fällen ebenfalls keine besonderen Erscheinungen des Primäraffektes. Diesem Urteil schliessen sich auch noch ganz entschieden Kopp und Ziehl an.

Lang hält den Phagedänismus an und für sich schon für den Ausdruck einer schlimmen Constitutionsbedingung, und er führt als Ursache der S. maligna fast dieselben Momente an, die auch die bedeutend-

sten französischen Autoren betonen, wie wir später hören werden.

Wie ersichtlich, kann der Phagedänismus als spezifische Ursache nicht angesehen werden.

Ebenso kann die extragenitale Affektion nicht angeschuldigt werden. Bei den überaus zahlreich beobachteten Fällen von extragenitalem Schanker müsste dann S. maligna viel öfter gefunden werden. Von 11 aus den Jahren 1888—1900 von v. Broich aus der Bonner Hautklinik berichteten Fällen hatte nur einer eine S. maligna im Gefolge. v. Broich schreibt bei dem betreffenden Kranken diese Erscheinung dem phagedänisch verlaufenden Schanker zu.

Siepe beschreibt in einer Dissertation ebenfalls 11 Fälle aus der hiesigen Klinik, von denen jedoch keiner einen in dieser Hinsicht malignen Charakter aufwies.

Eine andere Ansicht, die von den französischen Gelehrten Gouibout, Ory und besonders Fournier, einem Manne, dessen Autorität und Erfahrung auf diesem Gebiete wohl niemand bezweifeln kann, vertreten wird, ist die, dass zunächst die Qualität und Quantität des Virus von ganz nebensächlicher Bedeutung sei, dass aber als prädisponierende Momente zu gelten hätten: Alkoholismus, Alter, Skrofulo-Tuberkulose, Malaria, Überansstrengungen, hereditäre und acquirierte Anlage, gänzlich mangelhafte oder doch ungenügende Behandlung.

In dem Material, welches Ory gesammelt hat, giebt er in 15 Fällen Alkoholismus als Ursache an, in 13 Fällen waren die Individuen lymphatisch oder skrophulös, in 23 Fällen glaubte er Überanstrengung, 9 mal Sorge als Grund der Malignität annehmen zu müssen.

Ferner werden jugendliches Alter, Rassenunterschied, schlechte Hygiene, Temperaturwechsel und feuchtes Klima genannt.

Nach Langs Erfahrung haben Individuen, die sich in den Tropen schwer akklimatisieren oder gar noch von daselbst herrschenden Krankheiten (Anaemie, Leberkrankheiten, Ruhr Gelbfieber etc.) arg mitgenommen werden, nichts so sehr zu fürchten, wie eine daselbst acquirierte Lues, weil sie fast meist einen eigenartigen und überstürzten Verlauf annimmt und zu schweren Formen sich entwickelt.

Moreira fügt noch Skorbut, Diabetes, Nierenkrankheiten und Herpetismus als Ursache hinzu.

Was den Alkoholismus anbelangt, so bezweifelt Lesser dessen Einfluss ganz entschieden; ebenso legt er dem hohen und niederen Alter kein Gewicht bei.

Noch andere Beobachter betonen nicht mit Unrecht, dass es in vielen Fällen überhaupt nicht möglich sei, ein eigentliches Moment zu finden. Sie begnügen sich mit einer „besonderen Prädisposition, die nicht definiert und geahnt werden kann."

Zweifellos spielen hier alle Umstände eine Rolle, die geeignet sind, den Organismus in seiner Widerstandsfähigkeit der Infektion gegenüber herabzusetzen: hygienische und diätetische Schädigungen, Konstitutions- und Infektionskrankheiten.

Ein weiterer Erklärungsversuch durch Prädisposition ist von Neisser, Lesser, Kopp und Haslund gegeben worden. Anschliessend an das Verhalten anderer Infektionskrankheiten bei Individuen, deren Ascendenten noch nicht betroffen waren, lassen sie ein ähnliches Verhalten auch bei der S. m. gelten. „Man kann sich ja denken", sagt Haslund, „dass ein Individuum, bei dem in der vorangegangenen Gene-

ration nie oder doch vor langer Zeit eine Infektion stattgefunden hatte, im gegebenen Falle von einer schweren Form befallen würde. Das Geschlecht war von der Krankheit noch unberührt und nicht, wenn man so sagen darf, vakziniert. Der Infektionsstoff trifft nun einen noch ganz jungfräulichen Boden und bricht mit aller Kraft los.“

Dass die gewöhnliche Lues in dieser Weise bei ganzen Bevölkerungen, die bis dahin noch unberührt geblieben waren, aufgetreten ist, hat ihre Geschichte deutlich gezeigt, z. B. bei gewissen Indianerstämmen, ferner auch bei den Einwohnern Australiens, welche die Syphilis erst im Jahre 1719 kennen lernten. Ebenso ist es ein Faktum, dass die Lues in den Kulturländern im Allgemeinen im Laufe der Zeit einen milderen Charakter angenommen hat.

Endlich hat man und besonders in der neueren Zeit versucht, den Grund auf bakteriologischem Gebiete zu suchen.

Tarnowsky hält eine Mischinfektion — Staphylococcus aureus und allbus —, bisweilen auch unter Mitwirkung einer besonderen Form von Bacillen, als Grundgbedingung für das Zustandekommen der S. m. für möglich. Justus bestätigt Tarnowskys Befunde auf Grund einer nicht ulcerierten, excedierten Sklerose, wo er auch Staphylococcen fand. Dasselbe wird von Magnus Möller behauptet, welcher den Satz aufstellt: „Das syphilitische Virus selbst ruft die pustulösen Effloreszenzen hervor, später, sekundär, kommt eine Mischinfektion zustande.“

Diese letzten Erklärungsversuche können uns natürlich kein volles Verständnis verschaffen, bis es gelungen ist, den Bacillus, der überhaupt Syphilis hervorruft, in Reinkultur darzustellen und auf andere In-

dividuen zu übertragen. Zwar ist es Lustgarten und Doutrelepont in allen Stadien der Lues geglückt, einen Bacillus nachzuweisen; — allein dessen Spezifität ist noch keineswegs sicher gestellt. Wäre dieses der Fall, so wären wir auch in unserem Falle der Wahrheit um ein Bedeutendes näher gerückt.

Ausserdem lässt sich jedoch, abgesehen davon, dass in jeder nicht antiseptisch behandelten Wunde und auf der normalen Haut Mikrokokken zu finden sind, noch folgendes gegen die Mischinfektion einwenden: Die Erfahrung zeigt hinlänglich, dass die überwiegenden Fälle von eiternder Sklerose von regelmässig verlaufender Syphilis gefolgt sind und die maligne Form nur eine sehr seltene Ausnahme bildet. Weiter lehrt die Erfahrung, dass von durch ein und dieselbe benigne Lues infizierten Individuen die einen eine regelmässig verlaufende Syphilis acquirieren, während sie bei anderen einen malignen Charakter annimmt.

Nachdem wir den Begriff und die Ursachen der S. m., wenn auch nicht zur vollen Befriedigung und, ohne bis jetzt zu einem definitiven Ergebnis gelangt zu sein, erörtert haben, sei es mir nunmehr gestattet, einen Fall dieser Krankheit, den mir mein hochverehrter Lehrer, Herr Geheimrat Doutrelepont zur Bearbeitung und zur Veröffentlichung freundlichst überwiesen hat, hier anzuführen, und dann an der Hand dieses und einiger Fälle aus der Litteratur eine genauere Beschreibung der einzelnen Symptome dieser Erkrankung zu geben. Im Übrigen verweise ich zur weiteren Illustration der S. m. auf die sorgfältig zusammengestellten Fälle von Haslund, Tarnowsky, Lesser, Solbach etc.

Krankengeschichte:

Erste Aufnahme am 11. 3. 98.

Der Patient N. N., 27 Jahre alt, ist Schlosser und stammt aus einer gesunden Familie, will stets gesund gewesen sein.

Er infizierte sich Mitte April 97, bekam ein Ulcus durum, am 21. Juni 97 im Sulc. coron.; als Ursache wird der Coitus zugestanden.

Vom 21. Juni bis zum 8. August wurde er im Krankenhaus behandelt (8 Inunctionen und 10 Injektionen von Hydr. salic.?).

Am 14. August wurde er wieder aufgenommen und wegen Ausschlag behandelt.

Vom 14. Januar 98 bis 10. März machte er in einem anderen Hospital eine Kur durch (Schwitzkur und 11 Injektionen [Hydr. salic.?]).

Status bei der Aufnahme in der Bonner Klinik am 11. 3. 98:

Der Pat. ist von mittlerem Kräfte- und Ernährungszustand; es sind keine nachweisbaren Erkrankungen innerer Organe vorhanden.

Die Temperatur ist normal.

Im Sulc. coron. findet sich eine leicht indurierte Narbe, die Inguinaldrüsen sind indolent geschwollen.

Auf der behaarten Kopfhaut und im Gesicht, auf der Brust, an den Oberarmen und Beinen, befinden sich serpiginös-pustulöse Syphilide, die eine centrale Abheilung unter Pigmentation erkennen lassen. Es findet peripheres Weiterschreiten, an einigen Stellen ein ulcerativer Zerfall statt.

Die Drüsen sind multipel geschwollen.

Die Schleimhäute, Knochen, Muskeln, Bänder, Eingeweide und das Nervensystem sind nachweislich nicht verändert.

Nach diesem Befunde lautete die Diagnose: Lues III praecox.

Therapie:

Pat. wird innerlich mit Kal. jodat., $^{10}/_{200}$ 3×tgl. ein Esslöffel, und äusserlich mit Quecksilberpflaster und Sublimatumschlägen, behandelt.

Krankheitsverlauf:

18. 3. Die Ulcera haben sich wesentlich gereinigt und beginnen zu vernarben.

25. 3. Die Inunction wird gut vertragen. Der Kranke klagt jedoch über Schmerzen in der rechten Kniebeuge, objektiv lässt sich aber nichts Pathologisches nachweisen.

30. 3. Die Ulcera sind bereits teilweise mit Epithel bedeckt, nur an einigen Stellen sind noch geringe Defekte.

10. 4. Heute sind keine subjektiven Beschwerden mehr vorhanden.

14. 4. Die Defekte sind epithelial geheilt, es bestehen nur noch Hyperaemien.

20. 4. Die Hyperaemien blassen ab.

26. 4. Der Befund ist unverändert.

30. 4. Pat. wird geheilt entlassen. Es bestehen nur noch geringe Pigmentationen. Zur weiteren Behandlung wird ihm Jodkali verordnet.

Zweite Aufnahme:

30. 5. 99.

Status:

Pat. ist von mässigem Ernährungszustande. Innere Organe sind nachweislich nicht verändert. Im Urin ist weder Eiweiss noch Zucker nachzuweisen.

Im Gesicht, auf der Brust, an den Oberarmen

und Beinen befinden sich runde Narben bis zu Thalergrösse.

Die Schleimhaut des harten Gaumens ist in der Mittellinie ulceriert, bei der Sondierung fühlt man den entblössten Knochen.

Pat. klagt über sehr starke Kopfschmerzen.

Therapie:

Innerlich wird Jodkali verordnet, äusserlich wird Ungt. ciner angewandt.

Krankheitsverlauf.

10. 5. Die Schmierkur wird gut vertragen, die Kopfschmerzen bestehen jedoch noch in der alten Weise fort. Das Ulcus am harten Gaumen hat sich etwas verkleinert.

14. 5. Das Geschwür am Gaumen ist fast völlig vernarbt. Die starken Kopfschmerzen sind noch nicht gewichen.

25. 6. Die Ulceration der Gaumenschleimhaut hat sich ganz geschlossen. Es zeigt sich jedoch jetzt in der linken Nase ein erneuter Zerfall, und bei der Sondierung stösst man auf entblössten Knochen. Die Kopfschmerzen bestehen in gleicher Intensität fort.

Wegen des starken Foetors werden Irrigationen der Nase mit Kal. permang.-Lösung angeordnet. Die Inunction wird ausgesetzt und nur Kal. jodat. weitergereicht.

2. 7. Pat. hat an Körpergewicht bedeutend abgenommen.

6. 7. Der Foetor hat abgenommen, sonst ist der Zustand unverändert.

Pat. trägt jetzt ein Welandersches Säckchen mit 5 gr Merkuriol, die täglich erneuert werden.

11. 7. Von heute an erfolgt jeden zweiten Tag eine Füllung des Sackes.

20. 7. Die Kopfschmerzen haben sich etwas verringert. An ihrer Stelle treten jetzt starke Genickschmerzen auf.

Pat. hat etwas frischeres Aussehen.

27. 7. Am Nachmittage tritt heftiges Nasenbluten auf. Bei der Sondierung fühlt man ein abgestossenes Knochenstück. Die linke Nasenhöhle wird tamponiert.

28. 7. Am Nachmittage erfolgt wieder heftiges Nasenbluten.

28. 7. Am Morgen tritt rechts ein Exophthalmus auf, der im Laufe des Tages stärker wird. Die Therapie wird ausgesetzt.

Pat. sieht nur noch wenig mit dem rechten Auge.

Das Allgemeinbefinden hat sich auch bedeutend verschlimmert, sodass Pat. sehr schwach und somnolent ist.

30. 7. Der Exophthalmus ist nicht stärker geworden, jedoch ist das Sehvermögen vollständig verschwunden. Die Bewegungen des rechten Auges sind frei bis auf eine Abducenslähmung. Die Pupillarreaction ist sehr gering, wenn nicht ganz fehlend; das linke Auge ist normal. Das Allgemeinbefinden ist wie am vorigen Tage.

31. 7. Am Morgen tritt eine vollständige linksseitige Lähmung ein. Am Nachmittag $3^1/_2$ Uhr erfolgt der exitus letalis.

Sektionsbericht:

Der Schädel ist länglich, oval, die Oberfläche glatt.

Auf dem rechten Stirnbein ist eine flache $2^1/_2$ cm

lange Narbe, welcher eine Narbe in den Weichteilen entspricht. Der Schädel ist dick, sehr schwer. An der Innenfläche findet sich eine Exostose. Die Innenfläche der Dura ist glatt, glänzend. Die Pia ist durchscheinend, blass, nur in geringem Masse ödematös. Die Pia löst sich an der Basis schwer vom Türkensattel ab und die Pia darüber ist gelblich infiltriert. Der rechte Oculomotorius und Trochlearis stecken in derbem infiltriertem Piagewebe. An der Schädelbasis befindet sich nur wenig trübe Flüssigkeit, die Dura ist dem Chiasma entsprechend nach rechts vorgewölbt in zwei kirschgrossen Vorwölbungen. Die Dura ist trüb und mit rötlichen reichlich dicken Membranen belegt, die Vorwölbung durch schwärzlich braunrote Massen, sowie durch gelblich-grünliche Massen bedeckt. Es besteht ein Defekt des Knochens, welcher den ganzen Sattel des Keilbeins betrifft und auf den grossen Keilbeinflügel übergeht. Ferner ein oberflächlicher Defekt, auf dessen Grunde das Knochengewebe schmutzig grünlich verfärbt ist, die Ränder sind sehr scharf und hart. Von diesem Defekt aus gehen kleine Öffnungen in die Tiefe, wahrscheinlich in die Nasenhöhle.

Sonst ist die Dura blank.

Das Gehirn ist sehr gross und schwappend, die Pia ist über dem Chiasma gelblich infiltriert.

Die Arterien sind dünnwandig, der Balken hydroskopisch erweicht, die Seitenventrikel sehr weit und das Ependym zum Teil erweicht.

Das Grosshirn ist weich, blass, ohne Heerderkrankung.

Das Kleinhirn ist nicht verändert.

Anatom. Diagnose:

Pachymeningitis, Leptomeningitis, Nekrose der Schädelknochen an der Basis.

Im Anschluss an den Fall aus der Bonner Klinik erlaube ich mir jetzt, einige andere Fälle von S. m. aus der Litteratur herauszugreifen, die zusammen mit dem von mir beschriebenen zur Charakteristik des als S. m. bezeichneten Krankheitsbildes ausreichen dürften.

Fall I.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 95. Nr. 10. Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft 17. Okt. 94.

Dr. Nobl stellt einen 39jährigen Kranken mit S. maligna vor. Patient gesteht, dass er seit dem 5ten Lebensjahre dem Potus ergeben war und in den letzten Jahren mit schlechten Wohnungsverhältnissen zu kämpfen hatte; er acquirierte im Juli l. Jahres eine Lues, die am inneren Praeputialblatte dorsalwärts sass und in wenigen Wochen zur Verhärtung des ganzen Vorhautsaumes und zu Phimose führte. Mitte August entwickelte sich an einer ursprünglich schwarzen Stelle am Dorsum des Penis ein Geschwür, das in kurzer Zeit zu einer Distraktion des Penisintegumentes und Bloslegung des Penisschaftes bis an den Mons Veneris führte; bis zu jener Zeit entwickelte sich auch ein aus erbsen- bis haselnussgrossen Knoten bestehender Ausschlag am Stamme. Als Patient der Abteilung zugewiesen wurde (24. August), befand er sich in einem äusserst elenden und herabgesetzten Zustande. Am Penisrücken sah man einen von gangränösen gezackten Rändern umsäumten Substanzverlust, der sich von der

Corona glandis bis an den Mons erstreckt in einer Länge von 5 cm und in einer Breite von 4 cm. Die Basis des Geschwürs lässt die Corpera cavernosa zu Tage treten, das phimotisch indurierte Praeputium ist haubenartig der Glans aufgestülpt. Der Stamm, die Extremitäten, Stirne, Augenlider und die Kopfhaut sind dicht übersät von bohnen- bis nussgrossen elivierten, braunroten Infiltraten, die zum grossen Teil von festhaftenden haemorrhagischen Krustendecken eingenommen sind. Nach Loslösung dieser Massen erscheinen mehr oder weniger tiefgreifende, eiterbedeckte, blassrote Geschwürsflächen, die nach aussen noch von einem Infiltrationswalle umschlossen sind. Der Kranke, der bei der Aufnahme hoch fieberte, nicht gehen konnte nnd bedeutend abgemagert war, hatte sich unter roborierender Diät, sowie einer Medikation von Sarsaparilla nach einiger Zeit so gut erholt, dass an eine Deckung der grossen Substanzverluste gedacht werden konnte.

Fall II.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 1898, Bd. XLII. Verhandlungen des Vereins ungarischer Dermatologen am 14. 1. 97.

Ein 30 Jahre alter Schiffmann bekam im Januar 1896 ein Geschwür im Sulc. coron., durch Applikation von Empl. hydr. in 2 Wochen geheilt. Im April wieder hartes Geschwür, Anschwellung der Inguinaldrüsen. Bis 1. Juni in ärztlicher Behandlung, keinerlei syphilitische Symptome. Mitte August zuerst an der Beugeseite des rechten Uuterarmes eine kreuzergrosse Efflores-zenz und einige Wochen später auch an anderen Stellen ähnliche Veränderungen, welche, mit grauem Pflaster bedeckt, sich nur langsam zurückbildeten.

Status im Dezember 1896:

Patient gut entwickelt, jedoch abgemagert. An der behaarten Kopfhaut und der linken Stirngegend mehrere hirsekorngrosse und auch rotbraune, stellenweise mit Krusten bedeckte Effloreszenzen, teils im Stadium involutionis, teils narbig verändert. Auf der rechten Streckseite des Oberarmes und am linken Ellenbogen sieht man thalergrosse, rundliche, scharf begrenzte, rotbraune Exantheme nur 2—3 mm aus dem Niveau der Haut emporragen, deren Oberfläche mit mohn- bis hirsekorngrossen Granulationen bedeckt, einer Erdbeere gleichen. Ähnliche, jedoch kleinere Effloreszenzen sind links am Rückgrat, am linken inneren Knöchel und an der Innenseite des rechten Oberschenkels zu sehen. In der linken Kniebeuge ein pfenniggrosser, rotbrauner, mit einer Kruste bedekter Tuberkel. Am Glans penis beim Orif. Urethrae ein kreuzergrosses, hartes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern und eiternder Oberfläche. Inguinaldrüsen mässig infiltriert, sichtbare Schleimhäute normal.

Fall III.

Iven, Über S. maligna, Dissertation, Bonn 1890.

Frau, 25 Jahre alt, Infektion an der Oberlippe. Vier Wochen nach ihrer Verheiratung kleines Pöckchen an der Oberlippe, was grösser wurde und vereiterte. Drei Monate später Gelenkrheumatismus. Da erst vom Manne gehört, dass er luetisch behandelt sei. Ein Jahr nach der Verheiratung Geschwüre, eines grösser an der Lippe, gleichzeitig Ausschlag über dem ganzen Körper und ulcera auf dem Kopfe.

Status: Kleine, sehr anämische Person, 42 Kilo wiegend bei 154 cm Grösse. An der linken Ober-

lippe Geschwür, das die Lippe entenschnabelartig vorwulstet und dessen Grund infiltriert ist. Auf Rücken, Bauch und Schenkeln kreisrunde, gerötete macula, exulcerierte Papeln, ulcera mit steilen Rändern, auf dem Kopfe mehrere kreisruude ulcera, tief, aber nicht bis auf den Knochen reichend. An den labia minor 2 kleine, flache Papeln, Lymphdrüsen indolent induriert, besonders die linken Submaxillardrüsen.

Behandlung: 6 Injektionen à 0,06 von hydr. salicyl.; Sol. Kal. jodat. $^{10}/_{200}$, lokal Empl. hydr., auf den Kopf Sublimatumschläge. Erfolg war Heilung nach 3monatlichem Spitalaufenthalt.

Fall IV.

Dr. Ziehl, Deutsche medizinische Wochenschrift 1884.

Ein 22 Jahre alter Mann giebt an, sich Ende Juli 1882 mit Schanker infiltriert zu haben, hat Schmierkur durchgemacht und ist örtlich mit Jodoform behandelt worden. 3 Monate nach der Infektion entstanden Geschwüre an den Unterschenkeln, die aus kleinen Pusteln hervorgingen, seit 8 Tagen auch auf den Armen.

Status: Mässig kräftig entwickelter Mann, dessen Unterschenkel zahlreiche bis markstückgrosse ulcera zeigen, weniger die Oberschenkel. Allgemeine Drüsenschwellung, ulcera an beiden Tonsillen, makulopapulöses Exanthem an der Streckseite des Ellenbogens, ulcerierte Condylomata am anus.

Verlauf: 1) Nach vierwöchiger Schmierkur heilen die Geschwüre ganz rapid, sodass Patient das Hospital verliess, obwohl eine Fortsetzung der Kur indiziert war. 2) Nach 4 Wochen kehrt Patient mit Rupia und

Ekthyma zurück, nach 6 Wochen sämtliche Erscheinungen verschwunden und Patient geheilt entlassen.

Fall V.

Krowczynski, Pryeglad lekarskij 1875.

Eine 30jährige gut genährte Person giebt an, früher nie krank gewesen zu sein. Am 14. November 1875 kam Patient mit einem ulcus induratum ad frenulum lab. u. Polyadenitis inguinalis bilat. insignis in das Lemberger Spital. Das primäre Geschwür wird phagedänisch, dazu feröses Oedem der äusseren Genitalien. Vom 20. November bis 16. Dezember Fieber 38,6 ° bis 39,7 °.

Am 10. Dezember zuerst kleiner makulöser Ausschlag (wie Masern), welcher sich bald in papulösen umwandelte. Dieser wandelte sich am 27. Dezember grösstenteils in ein Exanthema pust. et bullosum um, Fieber von 38,0 ° bis 39,1 °. An den untern Extremitäten entstehen aus bullae kleine, wie mit einem Locheisen ausgeschlagene Geschwüre mit rotem Entzündungshof. Fortwährend geringes Fieber. Die Geschwüre werden thalergross. Am 27. März Vernarbung des phagedänischen ulcus an den Genitalien und am 3. April condyl. lata an den Gaumenbögen. Die Geschwüre an den Extremitäten vernarben nach und nach mit Keloidbildung. Einzelne Narben arten immer wieder in Ulcera aus.

Therapie: Bäder, Roborantien, nahrhafte Diät, peinliche Sauberkeit, Quecksilberbehandlung.

Er wurde geheilt entlassen.

Fall VI.

von Haslund, S. maligna. Archiv für Dermatol. und Syphilis 1897. Bd. XXXVIII.

Ein 27 Jahre alter Kommis, Alkoholist, giebt an, sich vor 3 Monaten angesteckt zu haben; drei Wochen nachher zeigten sich zwei Schankergeschwüre und sehr bald darauf Sekundärerscheinungen. Er wurde ambulant mit 800 Kalomelpillen und 12 schlecht ausgeführten Inunktionen behandelt. Die Effloreszenzen hatten die ganze Zeit existiert.

Status: Es bestehen zwei Indurationen im Sulc. coron. und auf der Haut des Penis, Adenitis inguinalis et axillaris. Reichlichles papulo-pustulöses Syphilid an mehreren Stellen in grossen Gruppen; auf dem Kopfe, am Halse und an den Unterextremitäten eine Menge grosser mit Schorf bedeckter ulcerativer Syphilide. Er bekam Inunktionen, welche jedoch bald wegen Erythem ausgesetzt werden mussten; bekam dann infus. sarsap. und Injekt. von Sol. formamid. hydr. Nach 30 Infusen, (nach Richard Battley empfohlenen Methode: 60 gr der zerschnittenen Wurzel 24 Stunden in 800 gr kaltem Wasser hingesetzt. Dieses Infus wird erwärmt und innerhalb einer halben Stunde gebraucht. Die Portion ist 750 gr), 15 Injektionen wurde er ohne Symptome entlassen.

Aufgenommen am 24. 2. 1892, entlassen am 11. 4. 1892.

Zur richtigen Stellung der Diagnose der Erkrankung unseres Patienten während des ersten Aufenthaltes in der hiesigen Klinik ist nun folgendes zu berücksichtigen:

Der Kranke hat sich Mitte April infiziert, und

kommt am 21. Juni ins Krankenhaus. Eine genauere Schilderung der damaligen Erscheinungen ist nicht bekannt. Er wurde angeblich wegen Ausschlag antiluetisch behandelt. Es ist demnach anzunehmen, dass er schon sekundäre Symptome gehabt habe. Patient bleibt bis zur Aufnahme in die hiesige Klinik fast ununterbrochen im Hospital und wird beständig antiluetisch behandelt. Es haben daher offenbar die Ulcerationen keine Tendenz zur definitiven Heilung gehabt. Frkrankungen der Schleimhäute, innerer Organe, des Nervensystems sind bei der hiesigen Aufnahme nicht nachgewiesen worden. Von Erscheinungen auf der Haut finden sich bei der Aufnahme serpiginöspapulöse Syphilide am Kopfe, an der Brust und an den Extremitäten.

Es ist seit der Infektion noch kein Jahr verflossen und schon zeigen sich neben den unauthaltsam sich stets erneuernden Effloreszenzen tertiäre Symptome. Eine Syphilis mit einem derartigen Verlaufe ist unzweifelhaft vorläufig als eine Lues praecox anzusehen, wie auch die damalige Diagnose lautete. Einen malignen Charakter hat sie erst, wie wir später sehen werden, im weiteren Verlaufe angenommen, eine Erscheinung, die Lang bei seiner Schilderung ausdrücklich betont.

Bezüglich der Aetiologie der S. maligna kommen wir durch diesen Fall keinen Schritt weiter. Es ist ein einfaches Ulcus durum ohne besondere Eigenschaften. Patient stammt von gesunden Eltern, ist selbst gut conserviert, nie krank gewesen und soll nie viel dem Alkohol gehuldigt haben.

Von den sechs anderen Fällen ist nur einer mit Phagedänismus einhergegangen. Inbetreff der An-

sicht der übrigen Verfasser verweise ich auf das früher Gesagte.

Auch die Meinung Haslunds und Fourniers, dass eine zu späte oder unvollkommene Behandlung einen malignen Verlauf verursachen sollte, trifft bei unserm Kranken nicht zu. Eine Ausnahme könnte Fall I sein, Alkoholisten sind I und VI.

Behufs einer genaueren Schilderung der Symptome der S. maligna ist von einigen eine Einteilung in verschiedene Stadien versucht worden.

D u b u c hat besonders drei verschiedene Formen aufgestellt:

1) la variété puro crustacée ulcéreuse;
2) la variété tuberculo crustacée ulcéreuse;
3) la variété tuberculo ulcérante gangréneuse.

Allein eine solche strikte Einteilung ist keineswegs durchzuführen; viel einfacher, übersichtlicher und verständlicher ist das Bild, wenn man davon ausgeht, dass bei der S. maligna das luetische Infiltrat, mag man dasselbe nun als zur sekundären oder zur tertiären Periode gehörig betrachten, eine ausserordentliche Neigung zum Zerfall besitzt. Infolgedessen kommt es zur Bildung von Pusteln und mehr oder weniger ausgedehnten Ulcerationen. Besonders deutlich ist dieses bei Fall V zu sehen.

Anstatt dass die gewöhnliche eingetrocknete Pustel nach einiger Zeit abfällt und eine in der Mitte etwas deprimierte Papel zurücklässt, bleibt der Schorf bei der malignen Form sitzen, die Papel nimmt durch peripheres Wachstum an Grösse zu und ebenfalls der centrale Zerfall. Schritthaltend hiermit entstehen neue Schorfe, sodass es zu der sogenannten Rupiaform kommt.

Entfernt man den Schorf oder wird er durch die oft nicht unbedeutenden Mengen Eiters abgehoben, so

haben wir eine Ulceration mit scharfen, roten, zuweilen unterminierten Rändern und roter entzündeter Umgebung. Conf. Fall I.

Charakteristisch ist, dass sich die Effloreszenzen über einen grossen Teil der Haut allmählich ausdehnen. Besonders beliebt ist der Haarboden, das Gesicht, dann die Extremitäten. Ferner entwickeln sie sich nicht in gleichem Tempo, so dass man oft, wie auch bei unserem Kranken, verschiedene Eruptionen wahrnehmen kann.

Die Ulcerationsprozesse haben in der Regel keine Tendenz zur spontanen Heilung, zuweilen soll jedoch eine schnelle und frappierende Heilung bei geeigneter Behandlung vor sich gehen, eine Thatsache, die wir auch bei unserem Kranken während seines ersten Aufenthaltes in der Klinik bestätigt finden, ferner bei Fall I und IV.

Der Grund hebt sich dann durch frische und lebhafte Granulationen, die Ränder werden flacher und die Epidermisbildung geschieht von der Peripherie nach dem Centrum. Es bleibt schliesslich eine etwas deprimierte Narbe mit unebener gestrahlter Oberfläche und mit bräunlicher Pigmentation zurück. Ganz analog dieser Schilderung erfolgte der Prozess bei dem ersten Aufenthalte unseres Kranken.

Trotz dieser sehr erfreulichen Heilung trat innerhalb eines Jahres ein neuer Ausbruch in einer viel intensiveren Weise auf und zwar so, dass die Krankheit mit dem Tode endigte — abgesehen von dem Schlusse — ein Charakteristikum für die S. maligna. Die inneren Organe sind auch jetzt noch ohne nachweisbare pathologische Veränderungen. Als etwas Neues finden wir jedoch Ulcerationen der Schleimhäute und

zwar des Gaumens und später auch der Nase nebst Caries der betreffenden Knochen.

Fast von allen Autoren wird behauptet, dass die Schleimhäute in der Regel selten ergriffen werden, jedoch mache die Nase hierin eine Ausnahme.

Haslund hat unter seinen 39 Fällen 11, bei denen die Schleimhäute ergriffen wurden, ebenso Fall IV aus unserer Tabelle.

Die Affektionen sollen hier von weit geringerer Bedeutung sein als auf der Haut und sollen viel leichter und schneller verschwinden.

Unser Kranke zeigte bei seiner Aufnahme am 30. 5. ulcerierte Stellen des Gaumens.

Am 25. 6. haben sich die Wunden jedoch schon vollständig geschlossen, also eine Bestätigung der allgemeinen Auffassung.

Eine ernstliche, das letale Ende direkt verursachende Affektion ist der jetzt auftretende Zerstörungsprozess in der linken Nasenhöhle, der den Knochen mitbeteiligt und sich kontinuirlich nach Destruction der Schädelbasis auf das Schädelinnere fortpflanzt (cf. Section).

Haslund ist geneigt, da er nur an einer Patientin eine Affektion der Nase beobachtet hat, solche Fälle nicht zur S. maligna zu rechnen, sondern als reine tertiäre gummöse Lues aufzufassen. Er selbst giebt jedoch zu, dass fast alle anderen Verfasser eine Affektion der Nase für häufiger halten und dass es dann oft zu ulcerativen Prozessen komme, ja sogar zur Perforation des Septums mit mehr oder weniger bedeutenden späteren Defigurationen. Dieses letztere fand man auch bei dem Fall von Solbach aus der Bonner Klinik bestätigt.

Betreffs der Gehirnerkrankung unseres Pat. giebt

die stattgefundene Sektion vollen Aufschluss. Die anatomische Diagnose lautet: Pachymeningitis, Leptomeningitis, Nekrose der Schädelknochen an der Basis — also das Werk einer tertiären Form der Lues, eines Gummas.

Waren schon bei der ersten Aufnahme die Erscheinungen ungewöhnlich und konnte schon damals mit vollem Rechte eine S. praecox diagnostiziert werden, so kann nach der zweiten Aufnahme und besonders nach dem Sektionsbefunde kein Zweifel mehr betreffs der Malignität bestehen. Die Tücke und das wechselnde Spiel der S. maligna haben sich hier im grellsten Lichte gezeigt. Schlag auf Schlag erfolgten neue Eruptionen, die teilweise in Besserung übergingen, teilweise von noch schlimmeren überholt wurden, bis der Kranke infolge der Gehirnaffektion erlag.

Was nun das Allgemeinbefinden bei der S. maligna angeht, so soll es nach der Ansicht der meisten sehr leiden, besonders soll Fieber in der Regel von einem ausgezeichnet quotidianen remittierenden Charakter vorhanden sein und dann gewöhnlich solange bestehen, als Ulcerationen vorhanden sind und meist nicht die Temperatur von 39° in der Achselhöhle übersteigen. Bei unserem Kranken ist während des ersten Aufenthaltes gar keine Steigerung und während des zweiten auch keine angegeben. Ausgesprochenes Fieber ist bei Fall V vorhanden.

Die Kräfte gehen in der Regel bald zurück, die Ernährung leidet und damit einhergehend ist ein Zurückgehen des Körpergewichts zu beobachten.

Als Beweis für eine Erkrankung des Nervensystems wird von vielen der fast typisch auftretende Kopfschmerz angegeben. Er soll abends beginnen, in der Nacht seine Höhe erreichen und gegen morgen

abnehmen, lokalisiert meist in der Stirn, den Schläfen, oder dem Scheitel ohne nachweisbare Ursache. Als typisch für die S. maligna kann man diese Kopfschmerzen wohl nicht ansehen, da sie bekanntlich ja auch bei der tertiären Lues und im Eruptionsstadium der sekundären Lues häufig zu finden sind.

Bei unserem Kranken ist nur während der zweiten Aufnahme quälender Kopfschmerz vorhanden, bei den übrigen 6 Fällen ist nichts davon bemerkt.

Haslund will sie auch keineswegs als typisch ansehen; freilich hat er bei seinem grossen Material einige Fälle, bei denen jedoch die Behandlung sehr bald eine Linderung und ein Verschwinden verursachte. In den meisten Fällen glaubt er, dass es als eine periostale Affektion des inneren Craniums oder als eine Folge des Fiebers erklärt werden kann.

Zwar werden von Holm zwei Fälle mitgeteilt, bei denen nach den Symptomen eine Gehirnerkrankung anzunehmen sei, ebenso wird von Fournier von einem Gehirngumma berichtet — allein diese Fälle können, da kein Sektionsbefund vorliegt, nicht ohne weiteres acceptiert werden.

Erkrankungen des Periostes und des Knochens sind in der Regel, wie überhaupt im sekundären Stadium der Lues, leichter Natur. Bei unserem Kranken kommt es zu ausgedehnter Zerstörung des Knochens am Gaumen, Nasengerüst und Schädelbasis, und gerade in dem unaufhaltsamen Weiterschreiten dieser Veränderungen äussert sich die Malignität der Erkrankung, der abgesehen hiervon nur die Bezeichnung als S. praecox (vielleicht auch gravis) zukommen würde.

Erkrankungen innerer Organe werden von Holm und Dubuc berichtet — in unserer Krankengeschichte

ist ausser der Gehirnaffektion nirgends etwas davon gesagt.

Nach diesen so mannigfach auftretenden Symptomen bei der S. maligna ist wohl auch zu vermuten, dass eine einheitliche Therapie kaum anwendbar ist. Indikationen, wie die S. maligna sie im einzelnen Falle verlangt, lassen sich nicht angeben. Darin sind jedoch alle Verfasser einig, was die Allgemeinbehandlung betrifft, gute hygienische und diätetische Verhältnisse zu schaffen, möglichst gute und nahrhafte Kost und frische Luft angedeihen zu lassen.

Aber wo es auf die spezifische und medikamentelle Behandlung ankommt, beginnt die Uneinigkeit unter den Sachverständigen. Was der eine empfiehlt, verwirft der andere.

Ich will hier einige Meinungen, wie sie Haslund gesammelt hat, vorbringen. Guibout giebt, wenn das Allgemeinbefinden besser ist, Jodkali und Merkur in kleinen Dosen.

Mauriac warnt vor Merkur und empfiehlt, falls es vertragen wird, Jodkali in grossen Dosen. Zeigt das Mittel jedoch keine heilende Wirkung, so ist Eisen und Chinin anzuwenden.

Dubuc behauptet, dass Merkur geradezu schade, bei ihm ist Jodkali das richtige Mittel.

Lesser verschreibt Zittmanns Dekokt und lobt ebenfalls Jodkali. Er rät vorsichtig mit Merkur zu sein.

Holm hält Schmierkur und Jodkali für das beste.

Krowczynski hebt zuerst den geschwächten Organismus und verordnet dann Merkur und Jodkali.

Neisser bezweifelt sehr den Nutzen einer Quecksilberbehandlung, ja warnt sogar davor; er empfiehlt Sarsaparilla, Schwitzkur und roborierende Diät. Dem

Jodkali ist er ganz abhold, bezeichnet es sogar als charakteristisch für die S. maligna, dass die Jodpräparate fast ohne irgendwelche Wirkung seien.

Iven hält die Jodpräparate in Verbindung mit roborierender Diät als die einzig richtige Therapie.

Ebenso kann Solbach die ausgezeichnete Wirkung des Jodkali in seinem Krankheitsfalle bestätigen.

Was unseren Fall betrifft, so hat der Kranke in der früheren Behandlung, soweit es anamnesisch zu erfahren war, 7 Inunctionen und 10 Injektionen (Hg?) bekommen, in Köln Schwitzkur verbunden mit 11 Injektionen (Hg?) durchgemacht.

Unsere Therapie war Kal. jodat. $^{10}/_{200}$ 3 × tgl. ein Esslöffel, Hydrorgyrumpflaster und Sublimatumschläge. Der Verlauf war ein recht günstiger. Schon am 18. 3. haben sich die Ulcera wesentlich gereinigt und beginnen zu vernarben. Am 30. 4. wird Pat. als geheilt entlassen. Nur geringe Pigmentationen bestehen noch.

Er kommt jedoch nach einem Monat zurück mit Ulcerationen am Gaumen und heftigen Kopfschmerzen. Die Therapie, bestehend in Schmierkur und Jodkali, ist anfangs wieder von ausgezeichnetem Erfolge. Nach einem Monat sind die Ulcerationen am Gaumen vollständig geschlossen.

Es tritt jedoch jetzt ein stärkerer Zerfall in der Nase auf und es steigert sich die Erscheinung unter Symptomen, die ein Weiterschreiten des Krankheitsprozesses nach der Gehirnbasis zu andeuten. Infolgedessen wird die Hg-Medikation ausgesetzt, die ja bekanntlich in manchen Fällen nicht geeignet ist, den Zerfall syphilitischer Produkte aufzuhalten, sondern denselben unter Umständen sogar noch beschleunigen kann. Das jedoch steht fest, dass in unserem Falle, wie auch bei den früheren aus der Bonner Klinik das

Jodkali durchweg eine nicht ungünstige Wirkung entfaltet hat. Wenn man jedoch dasselbe als ein Spezifikum in der Behandlung der S. m. ansehen möchte, so hat auch dieses Spezifikum in unserem Falle den ungünstigen Ausgang nicht zu hindern vermocht.

Die Ulcerationen selbst muss man einer lokalen Behandlung unterziehen. Es wird hierbei Chlorkalkwasser 2 %, Sublimatumschläge, später, wenn die Granulationen sich gut entwickelt haben, Empl. hydr. besonders gerühmt.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfüllt der Verfasser die angenehme Pflicht, seinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Doutrelepont für die gütige Überlassung der Arbeit, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Grouven für die äusserst liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung derselben seinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Krowczynski: S. m., Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis 1880.
2) Lesser, S. m., Vierteljahrschrift für Dermat. und Syphilis. 1882.
3) Haslund, S. m., Archiv für Dermat. und Syphilis 1897. Bd. XXXVIII.
4) Diskussion über S. m. auf dem 3. internationalen Kongress für Dermat. und Syphilis. Arcbiv 1896. Bd. XXXVII,
5) Neisser, S. m., Deutsche med. Wochenschrift 1884.
6) Iven, S. m., Dissertation, Bonn 1890.
7) Solbach, S. m., Dissertation, Bonn 1892.
8) Ziehl, S. m., Deutsche med. Wochenschrift 1884.
9) Zeissl, Lehrbuch der Syphilis.
10) Siepe, Über extragen. Syphilisinfektion, Dissertation, Bonn 1892.
11) v. Broich, Über extragen. Syphilisinfektion, Dissertation, Bonn 1888.
12) v. Broich, Über extragen. Syphilisinfektion, Archiv für Dermat. und Syphilis 1890.
13) Archiv für Dermat. und Syphilis 1895, Nr. 10. Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. 17. Oktober 1894.
14) Archiv für Dermatologie und Syphilis 1898. Bd. XLII. Verhandlungen des Vereins ungarischer Dermatologen 14. Januar 1897.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Christian Napol. Leinen, am 18. März 1875 zu Berk in der Eifel, als Sohn des Lehrers Joseph Leinen und seiner Gattin Louise geb. Gier. Meine wissenschaftliche Vorbildung erhielt ich auf den Gymnasien zu Bonn und Köln, welch' letzteres ich Ostern 1895 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Nach halbjährigem Studium der kath. Theologie zu Trier liess ich mich im Herbst 1895 bei der medizinischen Fakultät zu Greifswald inscribieren, besuchte von Herbst 1896 bis Herbst 1897 die Universität zu Bonn, wo ich das Tent. phys. bestand. W.-S. 97/98 studierte ich in Marburg und begab mich im folgenden Semester nach Bonn zurück, woselbst ich im Dezember 1899 das Examen rigorosum und im November 1900 das Staatsexamen bestand.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Greifswald: Ballowitz, Bonnet, Limpricht, Richarz, Schütt.

In Marburg: Ahlfeld, Enderlen, Marchand, Müller, Sachser, Schmidt, Tuczek.

In Bonn: Anschütz, Binz, Bohland, Curtius, Doutrelepont, Finkler, Fritsch, Geppert, Jores, Kayser, Koester, Leo, Ludwig, Noll, Nussbaum, Pelman, Peters, Petersen, Pflüger, Pletzer, Saemisch, Schede, Schmidt, Schultze, Strasburger, Ungar, Frh. v. la Valette St. George, Witzel.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigsten Dank.